

医療型短期入所事業データベース

< 基本情報 >

				記入日		年 月 日	
フリガナ				生年月日	年 月 日	ニック ネーム	
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			年齢	歳		
住所	〒						
連絡先	自宅			携帯	続柄 ( )		
所属学校等							
緊急連絡先 (同居家族)	連絡先①	名前			電話番号	メール	
	連絡先②	名前			電話番号	メール	
緊急連絡先 (同居家族以外)	氏名			フリガナ			関係性
	住所					電話番号	
感染症検査	<input type="checkbox"/> HBs抗原 ( )		<input type="checkbox"/> HCV抗体 ( )				
	<input type="checkbox"/> MRSA ( )		<input type="checkbox"/> その他 ( )				
アレルギー	食物						
	薬剤						
	その他						
禁忌事項							
小児慢性・ 指定難病	<input type="checkbox"/> 小児慢性	受給者番号			病名		
	<input type="checkbox"/> 指定難病	受給者番号			病名		
身体障害者 手帳	種・等級	第 種 ・ 級					
	障害名				障害名		
	障害名				障害名		
療育手帳	等級	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2					
精神障害者手帳	種・等級	第 種 ・ 級					
障害支援	区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6					

< 家族・連絡先 > ※家族の年齢は記入日時点

家族構成 名前・続柄・年齢	世帯人数 (本人含む)				人		主な介護者：	
	①	フリガナ	続柄	②	フリガナ	続柄	ジェノグラム (家族図)	
		名前	年齢		名前	年齢		
	③	フリガナ	続柄	④	フリガナ	続柄		
		名前	年齢		名前	年齢		
	⑤	フリガナ	続柄	⑥	フリガナ	続柄		
		名前	年齢		名前	年齢		
⑦	フリガナ	続柄	⑧	フリガナ	続柄			
	名前	年齢		名前	年齢			

< 疾患情報等 >

病名							
これまでの経過	既往歴や入院歴など						
出生時状況	分娩	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 異常 ( )				
	在胎週数	週	日	出生時体重	g		
予防接種	五種混合	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 追加	
	四種混合	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 追加	
	三種混合	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 追加	
	二種混合	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回				
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> (3回)		
	ヒブ	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 追加	
	肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 追加	
	BCG	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済				
	ポリオ	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済				
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 追加		
	水痘	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回			
	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回			
	日本脳炎(第1期)	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 追加		
	日本脳炎(第2期)	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回				
	インフルエンザ	⇒ 接種回数	回(直近6ヶ月以内)		最終接種日	_____	
	新型コロナ	⇒ 接種回数	回		最終接種日	_____	
内服薬	薬名、飲む時間、回数、量、飲ませ方など						
体調不良時の対応方法など							

<本人の状況>

体温 (平熱)	°C	SPO2 (安静時)	%	心拍数 (安静時)	/分	体重	kg	
障害	<input type="checkbox"/> 視覚障害あり <input type="checkbox"/> 聴覚障害あり							
運動機能	<input type="checkbox"/> 寝返り可 <input type="checkbox"/> 支えありで座位可 <input type="checkbox"/> 支えなしで座位可 <input type="checkbox"/> 膝立ち可 <input type="checkbox"/> つかまり立ち可 <input type="checkbox"/> 立位可							
移動	<input type="checkbox"/> 移動不可 <input type="checkbox"/> 移動可 (移動方法記載)							
筋緊張	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
装具	<input type="checkbox"/> 装具なし <input type="checkbox"/> 装具あり (装具の内容)							
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 自分の意志を言葉で伝えることができる <input type="checkbox"/> 二語文以上の会話ができる <input type="checkbox"/> 単語で会話することができる <input type="checkbox"/> 話すことは難しいが、意思伝達の方法がある(身体や顔の動き等) <input type="checkbox"/> 自分の意志が伝えることができない <input type="checkbox"/> その他 ( )							
	好きなこと、苦手なこと、こだわり等							
食事	経口摂取の場合	食事方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <small>※経管栄養に✓をつけた場合は〈医療的ケア〉栄養管理も記入してください</small>					
		介助	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助なし					
		所要時間	約	分	食べるときの姿勢			
		好きなもの				嫌いなもの		
		食事形態	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ゼリー状 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ( )				
			パン	<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> パン粥 <input type="checkbox"/> ゼリー状 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
			麺類	<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> ゼリー状 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
		副食	<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ゼリー状 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ( )					
		とろみ調整剤	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有      ⇒ とろみの固さ ( )					
		水分摂取方法	<input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> その他 ( )					
注意点など								
排尿	回数	回/日						
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 導尿有り⇒      回/日						
排便	回数							
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> ストーマ						

睡眠	睡眠時間	～	時頃	お昼寝時間	～	時頃
	環境や癖			不眠時の対応		
てんかん	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	発作の頻度					
	発作の特徴					
	発作時の対応					
状態について 注意すること等						

< 医療的ケア >

医療的ケア の種類	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工透析(血液透析) <input type="checkbox"/> 人工透析(腹膜透析) <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
人工呼吸器	方法	<input type="checkbox"/> 気管切開下腸圧換気療法(TPPV) <input type="checkbox"/> 非侵襲的陽圧換気療法(NPPV)					
	機器名						
	頻度	<input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 調子が悪い時					
	設定	①換気モード		②呼吸モード		③吸気圧	
		④呼吸回数		⑤吸気時間		⑥PEEP	
⑦PS			⑧流量		⑨圧トリガー		
⑩圧制御			⑪		⑫		
アラーム設定	①高圧		②低圧		③高M.V		
	④低M.V		⑤RR上限		⑥無呼吸		
	⑦アラーム音量		⑧		⑨		
気管切開	方法	<input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	肉芽	検査の有・無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 検査間隔 <input type="checkbox"/> ヶ月毎・ <input type="checkbox"/> 不定期 (最終検査年月) _____					
	カニューレ	カニューレの種類 _____ 内径 _____ mm (入口から先端までの長さ) _____ cm カニューレ抜去時や気管切開部・気管内出血への対応など ( )					
在宅酸素	頻度	<input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 調子が悪い時					
	流量	L/分 _____					
	機器	SPO <sub>2</sub> _____ %以下の場合 _____ 酸素濃縮器 機器名 _____ <input type="checkbox"/> サチュレーションモニター使用あり					
吸引	部位	<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内 <input type="checkbox"/> 持続吸引 カテーテルのサイズ _____ Fr 注意点 ( )					
	頻度	<input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 調子が悪い時					
	機器名	<input type="checkbox"/> パワースマイル <input type="checkbox"/> ミニックDC <input type="checkbox"/> その他 ( )					
吸入	薬剤	薬剤名/量 _____ / _____ ml 薬剤名/量 _____ / _____ ml 薬剤名/量 _____ / _____ ml					
	時間						
	注意点						



< 1日のケア内容 >

時間	内 容		
	内服・注入	処置	体位変換
0:00～			
1:00～			
2:00～			
3:00～			
4:00～			
5:00～			
6:00～			
7:00～			
8:00～			
9:00～			
10:00～			
11:00～			
12:00～			
13:00～			
14:00～			
15:00～			
16:00～			
17:00～			
18:00～			
19:00～			
20:00～			
21:00～			
22:00～			
23:00～			

< 事前指示・頓用 >

発熱時	
嘔吐時	
便秘時	
SpO2低下時	

< 関係機関 >

かかりつけ医			
医療機関名	診療科	主治医	受診頻度

訪問看護リハビリステーション				
事業所名	担当者名	職種	利用頻度	ケア内容

事業所名	担当者名	電話番号

児童発達支援（未就学児） ・ 放課後等デイサービス（就学時） ・ 生活介護（卒業後）	
事業所名	曜日

短期入所（ショートステイ）	
事業所名	利用日数

居宅介護（ヘルパー） ・ 重度訪問介護		
事業所名	サービス名	利用時間

移動支援 ・ 行動援護 ・ 訪問入浴 ・ 日中一時支援等		
事業所名	サービス名	利用時間

医療機器の点検業者等				
医療機器名	業者名	電話番号	担当者	点検の頻度

個人情報利用に関する説明および同意書

医療型短期入所事業所、または奈良県重症心身障害児者支援センターに提供した情報を、短期入所を利用するために、他の関係機関（医療型短期入所事業所、医療機関、通所事業所、訪問看護ステーション、行政機関、奈良県重症心身障害児者支援センター等）へ提供および情報収集することに同意します。

年 月 日 氏名（本人）\_\_\_\_\_ 氏名（同意者）\_\_\_\_\_